1re Année. — N° 5. 1 franc le Numéro. 1er Décembre 1880.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :		BUREAUX :
France	10f par an.	Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Étranger	12 »	Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;
pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les kystes du larynx

Par le docteur E.-J. MOURE. — *Suite* (1)

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Sous le nom de kyste, nous comprenons des tumeurs formées : 1° d'une paroi nettement circonscrite, organisée, dont la cavité ne communique ni avec l'extérieur, ni avec un conduit vasculaire, ni avec une muqueuse ou séreuse; 2° d'un contenu le plus souvent liquide, quelquefois plus épais, gélatineux et d'aspect colloïde.

PATHOGÉNIE

La plupart des auteurs qui ont rapporté des exemples de productions kystiques de l'organe vocal sont généralement d'accord pour admettre que ces néoplasmes sont le résultat d'une dilatation kystique des culs-de-sac glandulaires, par

(1) Voir le n° du 1er novembre 1880.

suite du rétrécissement ou de l'oblitération de leur canal excréteur.

Sous l'influence d'une cause toujours assez obscure et difficile à indiquer (gonflement, corps étrangers, etc.), les conduits des glandes deviennent imperméables, et comme la sécrétion se fait toujours d'une façon régulière ou même exagérée, le contenu ne pouvant se vider au dehors, s'accumule en arrière de l'obstacle déterminant bientôt la dilatation des culs-de-sac glandulaires où il est enfermé. D'autres fois, le kyste se forme aux dépens du canal excréteur lui-même dont l'orifice est fermé soit par une compression extérieure, soit par le gonflement de ses parois, ou un bouchon de mucus desséché.

Pour M. Zawerthal, professeur de laryngoscopie à Rome, les choses ne se passeraient pas ainsi, et voici l'opinion qu'il exprimait dans une lettre qu'il a eu l'obligeance de nous adresser : « Dans la majorité des cas observés par moi, j'ai pu constater que les malades porteurs des néoplasmes étaient des sujets scrofuleux, et j'ai pu me convaincre que le lymphatisme jouait un grand rôle dans la production de ces tumeurs. Peut-être même leur origine est-elle la suivante : chez les individus dont le système lymphatique, vaisseaux et ganglions, est développé d'une façon anormale, l'exagération des fonctions du larynx détermine-t-elle d'un côté, une sécrétion exagérée des follicules et des glandes, et de l'autre un rétrécissement du canal ou de l'orifice sécréteur, d'où formation consécutive de tumeurs kystiques. » Ainsi, pour M. Zawerthal, la diathèse strumeuse jouerait un grand rôle dans la production de ces tumeurs ; cependant nous devons dire qu'il est le seul ayant fait ces remarques, et que dans tous les autres cas rapportés par les auteurs, ni cette diathèse, ni les autres n'ont reçu de mention spéciale ; d'un autre côté, l'origine glandulaire des kystes nous paraît incontestable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes du larynx, que Virchow a désigné sous le nom de *polypes vésiculaires*, et qu'il compare aux œufs de Naboth, sont formés d'une enveloppe mince, généralement assez résistante, recouverte par la muqueuse où ils se sont développés, et ayant probablement la même composition histologique que

les poches kystiques développées dans d'autres organes (langue, joues, amygdales, etc., etc.) ; leur contenu est parfois liquide, jaunâtre et transparent, parfois épais, visqueux, blanchâtre et d'apparence colloïde ; d'autres fois, enfin, il est rougeâtre, sanguinolent, lorsqu'il s'est fait à l'intérieur du kyste des petites hémorrhagies capillaires. Il est évident que dans ce dernier cas, on trouve sous le microscope des éléments sanguins (globules rouges, globules blancs, cristaux d'hématoïdine), associés aux cellules épithéliales normales ou en voie de dégénérescence granulo-graisseuses, et aux granulations graisseuses libres, que l'on a l'habitude d'y rencontrer.

Voici un cas de cette nature, que nous avons récemment observé.

OBSERVATION I. — *(Personnelle).*

Kyste de la corde vocale inférieure gauche. — Hémorrhagie capillaire dans l'intérieur de la poche. — Écrasement à l'aide de la pince à polype. — Guérison.

Le 5 mai 1880, Mlle Anna G..., âgée de vingt-huit ans, couturière, d'une commune des environs de Bordeaux, me fut adressée par un de mes bons amis, pour un enrouement qui datait depuis longtemps déjà, et pour lequel elle avait employé tout l'arsenal des gargarismes dont dispose notre thérapeutique.

Cette demoiselle a été réglée à dix-sept ans et toujours d'une façon régulière ; à l'âge de sept ou huit ans, elle dit avoir eu une fièvre typhoïde, dont elle se rappelle vaguement.

Les antécédents héréditaires n'offrent aucune particularité digne d'être notée.

La malade ne peut me fixer sur les débuts de son enrouement qu'elle croit avoir toujours eu, mais à un degré bien moindre ; en effet, jusqu'en 1878, elle avait pu fredonner quelques airs et même chanter un peu, sans éprouver trop de difficultés ; le timbre de la voix était néanmoins toujours voilé et un peu rauque. Depuis cette époque, l'enrouement avait progressivement augmenté, et peu de temps après, l'émission des notes élevées était devenue de plus en plus difficile; bientôt le chant devint impossible (la malade apprit alors à siffler pour se distraire en travaillant.) « Le matin, surtout, dit la malade, je ne pouvais émettre que » quelques sons rauques, que l'on entendait à peine et encore » étais-je obligée auparavant, de toussailler pendant près d'un » quart d'heure. » La phonation devenait de plus en plus rauque, la respiration elle-même était parfois embarrassée et la malade ne pouvait faire une longue inspiration; la marche rapide, les montées l'essoufflaient à un très haut degré.

Lorsqu'elle seprésenta à mon examen, l'état général paraissait excellent, elle était forte et bien constituée.

Sa voix était absolument couverte, éraillée par moment, et ressemblait en tous points à celle des personnes qui s'adonnent à la boisson (voix erapuleuse). A quelques pas de la malade, on percevait un son très voilé, mais il était impossible de distinguer tous les mots qu'elle prononçait ; de temps à autre, une ou plusieurs syllabes ne sortaicnt pas. Elle se plaignait aussi de quelques quintes de toux, surtout le matin, ear il lui semblait toujours avoir « quelque chose » dans la gorge dont elle aurait voulu se débarrasser. L'expectoration était muqueuse, sans earaetères.

A l'examen, le pharynx est en très bon état ; la muqueuse du larynx est saine, mais au niveau du tiers antérieur du bord libre dc la corde voeale inférieure gauehe, j'apcrçois une tumeur ayant environ le volume d'un noyau de eerise, uniformément arrondie, à surfaee lisse et unie. La surface d'implantation de la tumeur est large et cette dernière ressemble plutôt à une demi-sphère appliquée sur le bord libre du ruban vocal. L'aspect du néoplasme est blanchâtre, opalin, et transparent dans la plus grande partie de son étendue, mais d'un rouge foncé en plusieurs points assez limités, surtout au niveau de sa base ; un vaisseau très délieat pareourt la tumeur d'avant en arrière, se divisant en deux ou trois petites branches à peine perceptibles, tellement elles sont fines. La sonde déprime faeilement le eentre de la tumeur, qui reprend son volume primitif aussitôt la pression terminée.

Je pose le diagnostie de *tumeur kystique de la corde vocale inférieure gauche,* et propose à la malade de la débarrasser du néoplasme qui lui oecasionne les divers symptômes dont elle se plaint.

Elle se déeide aussitôt, et à l'instant même (c'était le matin), je fais deux ou trois introductions de la pince à polype pour habituer la malade au passage de l'instrument ; puis je lui propose de revenir le jour même, quelques heures plus tard. Au moment où la malade s'en va, l'examen laryngoscopique montre une certaine rougeur de tout l'infundibulum laryngien, et la tumeur elle-même a un aspcct rosé assez prononcé, mais transparent, ayant une certaine analogie avec une graine de groseille rouge, dont elle n'a pas toutefois la teinte aussi uniforme (quelques points de la tumeur sont un peu plus foncés). Vers quatre heures, la malade se présente de nouveau chez moi ; la tumeur a eonservé sa teinte rougeâtre, j'introduis la pinee à polype une première fois dans le larynx, et comme la malade supportait bien l'instrument, je pus saisir la tumeur entre les mors de l'instrument et l'écraser. Je ne retirais au bout de ma pince que quelques fragments de l'enveloppe du kyste et un peu de sang rouge ; la malade expectore aussitôt quelques erachats sanguinolents et je fais une application du miroir laryngien, la tumeur est complètement affaissée, un lambeau de la poche, encore adhérant à la eorde par

un mince pédicule, flotte dans l'intérieur du larynx. *Les deux cordes vocales sont couvertes de sang.* Le point d'implantation de la tumeur a un aspect sanieux, rougeâtre. Je cautérise cette partie du larynx avec une solution de chlorure de zinc au 1/20. J'ajouterai qu'au moment de l'abrasion du kyste, la malade s'est parfaitement rendue compte que je l'opérais et a éprouvé une assez vive douleur.

Aussitôt l'opération terminée, notre jeune fille peut parler à haute voix, mais le timbre est toujours un peu rauque.

Elle part ensuite pour la campagne et revient me voir huit jours après ; je pratique alors une cautérisation du pédicule avec une solution de nitrate d'argent au 1/10 : sensation de brûlure interne, léger accès de suffocation ; je touche cette partie du larynx trois jours de suite avec la même solution, et la malade me quitte de nouveau.

Le 26 mai, on aperçoit encore à la place de la tumeur un morceau de l'enveloppe flottant sur le bord libre de la corde vocale. La voix est assez claire, le chant est possible, sauf pour l'émission des notes élevées. La respiration est devenue très libre ; la malade peut marcher, courir, sans éprouver d'essoufflement.

Cautérisations successives pendant trois jours au nitrate d'argent (solut. 1/10.)

Le 3 juillet, il existe à peine une légère saillie un peu rugueuse au point d'insertion du kyste, saillie légèrement rosée ; le lambeau de la poche a disparu. Cautérisation au chlorure de zinc (solut. 1/10.)

La voix est normale et bien timbrée.

Je viens de revoir la malade ces jours derniers (10 août) ; elle peut aujourd'hui chanter facilement ; sa voix est presque tout à fait normale.

L'intérêt de cette observation est surtout dans la présence du sang à l'intérieur de la poche du kyste ; nous ne serions pas éloignés de croire que les essais d'introduction de la pince, que nous avions fait le matin même de l'opération, auraient suffi pour déterminer la rupture de quelques vaisseaux de nouvelle formation, qui se trouvaient à la partie interne de l'enveloppe de la tumeur, dont le contenu se sera épanché au milieu du liquide séreux préexistant. Il s'est fait, en un mot, une véritable hémorrhagie capillaire qui a changé la coloration du néoplasme et celle du liquide qu'il renfermait.

Comme il est excessivement difficile de se procurer un lambeau de l'enveloppe des kystes intra-laryngés, suffisant pour pratiquer l'examen micrographique, les caractères que nous allons exposer sont ceux des tumeurs épiglottiques,

dont la structure ne doit pas différer de celle des kystes occupant d'autres points de l'organe vocal.

Les auteurs qui ont rapporté quelques observations de kystes de l'épiglotte ont bien essayé de donner un aperçu de la structure anatomique de ces néoplasmes, mais aucun d'eux n'a pu l'établir d'une façon définitive, soit qu'ils n'aient pu extraire aucune parcelle de la paroi du kyste, soit que le lambeau retiré n'ait pas été conservé (Schrotter).

Plus heureux, sous ce rapport, que nos prédécesseurs, nous avons pu recueillir presque en totalité la calotte du kyste enlevé à un de nos malades et la soumettre à l'examen histologique, que nous avons pratiqué dans le laboratoire du docteur Latteux, à Paris, après avoir fait subir à la pièce les préparations préliminaires d'usage (alcool, gomme picriquée, alcool de nouveau). D'après cet examen, et d'après ce que rapportent les auteurs, nous pensons que les kystes du larynx sont formés :

1° D'un contenu le plus souvent liquide, incolore, mais parfois visqueux et d'aspect colloïde, gélatineux ou même d'aspect sanguinolent (1), contenant quelques cellules rondes, pâles, des cellules épithéliales régulières ou déformées, en voie de dégénérescence granulo-graisseuse et quelques granulations graisseuses libres (parfois quelques globules rouges ou blancs diversement altérés et des cristaux d'hématoïdine). Le liquide dont Schrotter avait déjà pratiqué l'examen histologique, contenait à peu près les mêmes éléments, c'est-à-dire des cellules ovales, avec un ou deux noyaux, de la matière granulée et un grand nombre de granulations graisseuses ;

2° La poche des kystes est constituée par une membrane assez épaisse et généralement résistante, d'une coloration jaunâtre sale, bien souvent parcourue par quelques fins réseaux vasculaires, toujours délicats et plus ou moins sinueux se ramifiant à sa surface.

L'examen histologique à un faible grossissement (*80 D. — object. I, oc. I,* de Nachet) permet de remarquer en allant de dehors en dedans. (*Voir fig. 3*) :

1° Une couche épithéliale très épaisse dans laquelle on

(1) Le docteur Johnson a signalé un cas dans lequel la poche du kyste contenait un liquide séro-sanguinolent.

distingue deux zones, l'une externe formée de cellules épithéliales aplaties contenant encore un noyau également aplati ; l'autre interne, à cellules polyédriques à peu près uniformes avec noyaux ronds et granuleux.

Cette couche correspond à la zone épithéliale de la muqueuse linguale, qui forme par conséquent le revêtement externe de la poche du kyste et a été simplement soulevée par ce dernier; à son bord interne se trouvent à peine quelques ondulations, et l'épaisseur de cette première couche est apparemment plus considérable qu'à l'état normal, car il s'est fait un véritable travail hypertrophique de la couche épithéliale qui recouvre la tumeur.

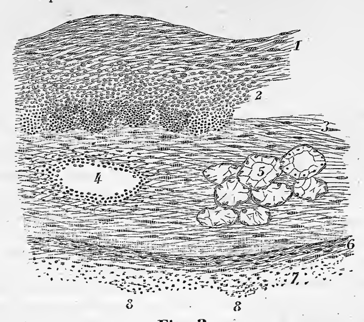


Fig. 3.
(Grossis. 80 D. — Obj. 1. — Oc. 1. — de Nachet).

1. Couche épithéliale portion superficielle, formée de cellules aplaties, contenant un noyau aplati.
2. Couche épithéliale à cellules polyédriques avec noyau rond et grannuleux.
3. Couche conjonctive (derme de la muqueuse) avec cellules embryonnaires.
4. Vaisseau sanguin coupé perpendiculairement à l'axe vertical.
5. Culs-de-sacs glandulaires plus ou moins altérés.

6-7-8. Couche interne (voir fig. 4).

2° Au-dessous de cette première zone, on rencontre une couche conjonctive (derme de la muqueuse) évidemment hypertrophiée, et montrant des fibres élastiques très accentuées et très volumineuses, colorées vivement en jaune par

le picro-carminate; ces fibres sont disposées sans ordre, mais en nombre très considérable ; on trouve également des cellules embryonnaires, surtout abondantes dans les points qui correspondent à l'hypertrophie de la couche épithéliale ;

3° Enfin à la partie interne, on constate une deuxième zone épithéliale formant le revêtement du kyste et également composée de deux couches distinctes. (*Voir fig. 4*).

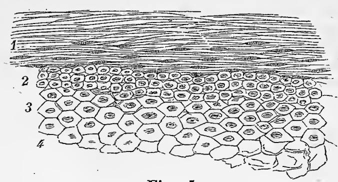


Fig. 4.
(Grossis. — Obj. 3. — Oc. 1. — de Nachet).

1. Couche de cellules granuleuses sans noyaux, vivement colorée par le picro-carminate.
2. Zone de cellules polyédriques plus ou moins aplaties contenant un noyau allongé.
3. Même zone que la précédente où les cellules et les noyaux ont leur forme normale.
4. Cellules épithéliales en voie de déformation et prêtes à tomber dans l'intérieur de la poche du kyste; en plusieurs points les noyaux ont déjà disparu.

L'une, vivement colorée en rouge par le picro-carminate, est formée de cellules granuleuses sans noyaux; l'autre, interne à cellules polyédriques plus ou moins aplaties, contenant des noyaux allongés et montrant en certains points des phénomènes de desquamation. Cette dernière couche est absolument identique avec la couche la plus externe de la muqueuse.

Ajoutons que sur plusieurs de nos coupes nous avons trouvé dans la zone conjonctive (2e couche. — *Voir fig. 3*). quelques culs-de-sacs glandulaires en voie de dégénérescence, appartenant sans nul doute, à la muqueuse linguale soulevée par la tumeur avec tous ses éléments; chacune de nos coupes contenait également un ou plusieurs petits vaisseaux dont les parois étaient formées de cellules embryonnaires tassées les unes à côté des autres.

(*A suivre.*)

Dr E. J. Moure.

De quelques causes habituelles des maladies des oreilles.

Par le Docteur PÉJÉ (1).

Le Docteur Buschaërt a cliniquement démontré comment l'obstruction de la conque auriculaire par le cérumen pouvait être le point de départ d'accidents variés, dont la cure, si simple à obtenir par les moyens rationnels, a maintes fois servi les cupides habiletés du charlatanisme. Par contre, les causes les plus fréquentes des maladies d'oreilles sont les tentatives maladroites que l'on fait pour se gratter ou se nettoyer le conduit auditif externe. Au moindre bourdonnement ou bruissement, à la plus légère démangeaison ou douleur, on y porte le doigt, propre ou non, et parfois armé d'un ongle long et pointu. On y exerce ainsi, avec plus ou moins de force, sinon avec violence, des mouvements en tout sens de va-et-vient. C'est même une habitude, pour certaines personnes, de se gratter, de se farfouiller constamment les oreilles, sous prétexte de propreté, et plus elles en retirent de cérumen, sec ou humide, plus il s'en forme par l'irritation ainsi produite. Quelques-uns se servent, à cet effet, d'objets plus ou moins aigus, aiguilles ou épingles, plumes de fer et porte-plumes, crayons, allumettes, épingles à cheveux, c'est-à-dire du premier engin qui se trouve sous la main, à défaut de cure-oreille en plume, en os ou en ivoire.

Ces manœuvres répétées irritent non seulement le conduit auditif, elles peuvent le blesser. Il n'est pas rare ainsi qu'à force de se gratter, de se *fourgonner*, on ne ramène un liquide sanguinolent, signe d'excoriation de la muqueuse. Des croûtes en résultent et il peut s'en suivre de petits abcès, dont la formation provoque des élancements très-douloureux.

Les instruments ou les objets dont on se sert finissent par léser le tympan, par leur contact direct ou indirect avec cette membrane. Une petite éponge, fixée à l'extrémité d'un manche et de la longueur du conduit auditif, peut les rem-

(1) *Gazette Médicale* d'Algérie, 15 sept. 1880.

placer tous avec avantage. Il suffit de l'imbiber d'eau douce pour se nettoyer parfaitement les oreilles. Elle peut encore remplacer les injections, que l'on emploie parfois trop froides ou que l'on pousse avec trop de force. Certains écoulements sont ainsi entretenus plutôt que taris, surtout chez les enfants lymphatiques. Des lavages avec l'éponge imbibée d'un liquide astringent sont bien préférables. On emploie à cet effet une décoction de fleurs de sureau, de feuilles de chêne ou de noyer et même l'eau blanche ou solution faible d'extrait de saturne.

Les instillations huileuses, que l'on fait aussi très-souvent contre les douleurs, en laissant tomber dans l'oreille quelques gouttes d'huile d'amandes douces, d'huile camphrée ou de baume tranquille, soit en en imbibant des boulettes de ouate qui y sont ensuite introduites, ne sont pas toujours inoffensives. Ce dépôt d'huiles séjournant dans l'oreille à une température élevée, soit 37° environ, s'altère et devient le siége de végétations *d'aspergillus*, espèce de champignon, qui est une nouvelle cause d'irritation pour les parties voisines. Quelques gouttes de teinture d'opium sur la ouate calment bien plus efficacement ces douleurs. On peut même en imbiber légèrement l'éponge précédemment indiquée et badigeonner ainsi l'intérieur de l'oreille. Une forte décoction de tête de pavot peut aussi servir comme calmant, en en renouvelant l'emploi plusieurs fois par jour.

Les cataplasmes et les fumigations de vapeurs émollientes, que certaines personnes introduisent dans leurs oreilles, peuvent encore être très-préjudiciables, de même que l'instillation de liquides irritants comme l'éther, le chloroforme la créosote, faite dans les dents creuses et cariées contre le mal de dents ou les douleurs névralgiques. Il en résulte souvent des inflammations très-graves du conduit auditif. Mais il n'est pas de cause plus fréquente, à cet effet, que l'exposition à un courant d'air. Les personne très-impressionnables à ce sujet, doivent se protéger par une boulette de ouate contre l'air extérieur. Il faut surtout se prémunir contre le refroidissement en prenant des bains de mer, de rivière et des douches froides. Ce sont là des causes très-fréquentes d'otite ainsi que les coups de feu, les bruits éclatants, les soufflets. Les parents, les maîtres, les patrons, qui frappent les enfants à pleine main sur l'oreille, ne savent pas assez

qu'ils s'exposent, par ce mode fâcheux de correction, à les rendre complètement sourds par la rupture du tympan.

Il suffit de signaler ces causes journalières d'altération d'une fonction aussi précieuse que l'ouie, pour que chacun comprenne l'urgence de se prémunir.

Revue Bibliographique.

De l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions,

Par le Dr Martinenq (1).

A la classe de délire à forme mélancolique se rattache le délire partiel, qui comprend lui-même le délire des persécutions.

M. le professeur Lasègue, en 1852, a attiré l'attention des observateurs sur les hallucinations de l'ouïe. En effet, les hallucinations de l'ouïe existent toujours dans cette affection ; de plus, elles sont d'une importance très grande pour le pronostic de cette forme d'aliénation mentale, car l'apparition et l'évolution de ce symptôme marquent d'une façon certaine le progrès du mal.

Après avoir donné une description nette et concise de la symptomatologie du délire des persécutions, l'auteur étudie l'évolution de l'hallucination de l'ouïe.

Dans le délire des persécutions, ces hallucinations ont lieu à l'exclusion de toute autre ; elles sont le plus souvent injurieuses et outrageantes.

Au début, le délirant persécuté n'entend que des bourdonnements, des sons de cloches qui sont appréciés souvent par le malade à leur juste valeur, mais qui, d'autres fois, deviennent cause d'interprétations délirantes. Ces bourdonnements sont alors des chuchotements outrageants, ces sons de cloche, la crépitation de la fusillade ou le bruit du canon, etc. ; puis, à une période plus avancée, ces bruits confus deviennent des voix nettement articulées. D'abord, ce sont de simples mots, le plus souvent injurieux ; c'est ce que l'on rencontre dans la *période aiguë* de la maladie ; plus tard, les paroles se groupent pour former des phrases courtes d'abord,

(1) Thèse. Paris, 1880. Chez Rey, 14 rue Monsieur-le-Prince.

plus longues ensuite, de manière à constituer un discours. Il y a alors une véritable conversation mentale ; c'est à ce moment que l'on observe le phénomène du dédoublement de la personnalité : le malade est entré dans la *période chronique* de la maladie.

A l'appui de sa thèse, l'auteur cite six observations ; mais nous regrettons vivement qu'il n'ait pas fait l'examen de l'organe auditif, car, peut-être, eût-il trouvé du côté de l'oreille, quelque trouble pouvant expliquer les bourdonnements, cause de l'affection mentale.

Formes, causes et traitement des bourdonnements d'oreilles (*The forms, causes, and treatment of tinnitus aurium*).

Par W. DOUGLAS HEMMING. — London 1880.

M. Douglas Hemming étudie d'abord la nature des bruits qui se passent dans les oreilles et des causes qui les occasionnent.

NATURE DES BRUITS	CAUSES
Bruit de marée ou bruit de coquillage.	Le tabac. — Catarrhe chronique de l'oreille moyenne. Contraction exagérée des muscles intrinsèques.
Bourdonnement, ronflement d'une toupie ou le bourdonnement d'une abeille.	Bouchons de cérumen, eczemas, corps étrangers ou parasites du méat externe.
Bruit de glouglou, comme l'air traversant un liquide par bulles.	Liquide dans la caisse ou dans la trompe d'Eustache. Résultat du catarrhe.
Bruit de craquement.	Absence de cérumen. Poils dans le méat ou sur la membrane, donnant quelquefois des sons analogues à ceux d'une harpe éolienne. Catarrhe aigu à sa dernière période.
Bruit permanent de chute d'eau, comme le bruit d'une cataracte.	Congestion veineuse du labyrinthe.
Bruit pulsatif synchrone avec le pouls.	Causes en dehors de l'oreille, anémie, anévrysme, etc. Congestion artérielle du labyrinthe.

Le traitement s'adresse aux causes.

1° Oreille interne. — L'inflammation du méat peut être circonscrite ou diffuse. — Le traitement consiste en application de sangsues en avant du tragus et en instillations d'eau chaude dans le méat.

S'il y a de la douleur, y ajouter du laudanum ou de la morphine. Le traitement général doit être fait avec le traitement local.

Les bouchons de cérumen seront enlevés par des injections d'eau chaude. S'ils sont durs, on les ramollira préalablement par l'application d'huile tiède ou d'une solution de bicarbonate de soude. — Si les bruits ne cessent pas après cette opération, il faudra en rechercher la cause ailleurs.

S'il y a défaut de sécrétion de cérumen ou simplement diathèses goutteuses ou rhumatismales, l'on se servira alors d'applications locales de nitrate d'argent ou d'acétate de plomb. On y joindra les toniques et les apéritifs, et on examinera aussi la gorge et les amygdales.

Le tintement ressemblant au bruit d'une harpe éolienne ne cessera que par la section des poils qui obstruent anormalement le conduit externe; on chasse ces poils de l'oreille au moyen d'une injection d'eau tiède ou d'un pinceau humecté de glycérine et d'eau.

Pour l'extraction des corps étrangers, on ne doit employer que la seringue. Il faut d'abord savoir qu'un corps dur peut séjourner plusieurs années dans le conduit sans occasionner de désordre. Puis, il ne faut jamais essayer d'extraire ce corps étranger lorsqu'on ne le voit pas. Enfin, on ne doit jamais employer la force. Un corps dur et arrondi, comme une bille, peut être enlevé au moyen d'un pinceau enduit de glu ou d'une substance adhésive qu'on applique sur l'objet et qu'on laisse sécher et durcir.

2. Oreille moyenne. — On rencontre assez souvent un catarrhe de la trompe et de la caisse à la suite du catarrhe naso-pharyngien. Dans ce cas, on emploiera les inhalations de vapeur de benjoin, de créosote, que l'on fera pénétrer par la méthode de Valsava. Quand le catarrhe naso-pharyngien existe en même temps, on le modifie par des injections d'eau phéniquée. On met aussi en usage le cathétérisme de la trompe, on incise le tympan.

Dans le catarrhe aigu, on emploie les douches chaudes, on applique des sangsues en avant du tragus, et on met de petits cataplasmes dans le conduit. S'il y a du mucus en abondance dans la caisse, la paracentère de la membrane est indiquée. Il faut encore, dans ce cas, ne pas négliger le traitement général.

La contracture ou la paralysie des muscles intrinsèques de l'oreille peuvent survenir dans le catarrhe chronique; quand il y aura contracture, on fera la section du tenseur du tympan, quand il y aura paralysie, on emploiera les courants électriques.

3. Oreille interne. — Dans le cas de congestion des vaisseaux du labyrinthe, on fera usage d'acide bromhydrique, que le docteur Wouke conseille comme spécifique dans cette affection. La dose employée est de 15 gouttes.

J. Baratoux.

SOCIETES SAVANTES

BRISTISH MEDICAL ASSOCIATION

48me Congrès. — Session de Cambridge. — Présidence de M. Dally.

M. Voakes (de Londres) fait un résumé de *la valeur thérapeutique de l'électricité dans les maladies de l'oreille.* Il n'est pas partisan de l'électrisation directe de l'oreille.

MM. Pierce (de Manchester) et Gardiner-Brown (de Londres) n'en ont obtenu aucun bon résultat.

M. Cassels (de Glascow) l'emploie pour rétablir l'action des muscles de l'oreille.

M. Loewenberg (de Paris) fait une communication sur la *Paracousie.* Il l'attribue à l'insuffisance de l'excitabilité du nerf auditif; dans l'état ordinaire, pour que celui-ci puisse percevoir les sons, il faut qu'il soit fortement excité par un grand bruit.

M. Dally accepte cette théorie.

M. Pierce lit une observation *d'eczéma du conduit auditif externe,* guéri par l'administration de l'arsenic à l'intérieur, par l'incision et l'application de divers topiques.

M. Gardiner-Brown, pour mesurer *l'acuité auditive*, emploie un diapason placé sur l'apophyse mastoïde; et il calcule le temps qui s'écoule entre le temps où le malade cesse de percevoir les vibrations de ce diapason et celui où les doigts du médecin cessent de sentir ces mêmes vibrations.

M. Cassels emploie l'*acide borique* en poudre pour le traitement des suppurations de l'oreille. Il l'introduit sur des boulettes de coton. Il a aussi fait usage d'alcool, même pur.

M. Pritchard (de Londres) dit que les germes peuvent entrer par la trompe d'Eustache, de sorte que le traitement de M. Cassels ne peut pas être appelé pansement antiseptique.

M. Cassels demande à son interlocuteur s'il connaît un seul cas qui permette d'affirmer le passage d'un germe à travers une trompe imperméable à l'air.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MILAN 1880

I. — Section d'otologie. — Présidence de M. Sapolini de Milan.

M. Voltolini (de Breslau) décrit *le procédé qu'il emploie dans ses recherches anatomo-pathologiques* de l'oreille. Il présente ensuite plusieurs pièces pathologiques.

M. Politzer (de Vienne), décrit l'*inflammation de l'oreille interne*, et en expose l'anatomie pathologique.

M. Lœwenberg (de Paris) lit un travail sur l'*otomycosis* qui est caractérisée par le développement de moisissures du genre aspergillus dans le conduit auditif, sur la membrane du tympan et dans le cas de perforation de celle-ci, jusque dans la caisse. Elle provoque la surdité, des écoulements, des bourdonnements, etc., etc. L'auteur pense que la présence de l'otomycosis doit être attribuée à l'emploi des corps gras et à l'usage de l'eau distillée, dans laquelle on peut trouver du mycœlium.

M. Moos (d'Heidelberg) montre une préparation *d'atrophie nerveuse du premier tour de limaçon.*

Il rapporte, en outre, les *résultats statistiques* qu'il a recueillis *chez les chauffeurs et les mécaniciens du chemin de fer.*

Le Congrès vote une adresse à tous les gouvernements, afin que ceux-ci provoquent une enquête à ce sujet et demandent la visite des employés par un médecin autorisé.

M. Ménière (de Paris) lit une étude sur *l'otorrhée et la maladie du Ménière.*

M. Politzer (de Vienne) fait une communication sur la *paracousie.* Ce phénomène est dû à ce que la chaîne des osselets ankylosés, doit être fortement ébranlée pour agir sur le nerf auditif.

M. Grazzi (de Florence) présente un *perforateur du tympan.*

M. Hartmann décrit *l'appareil* qu'il emploie *pour les lavages de l'oreille moyenne.*

De plus, il remet au Congrès *un questionnaire* pour rechercher les antécédents des sourds-muets.

M. Lœwenberg étudie la question de savoir *pourquoi certains sourds tiennent la bouche ouverte.* Il attribue ce phénomène à l'obstruction des fosses nasales.

M. Fournié dit que c'est pour que le conduit s'élargisse et soit rendu ainsi plus propre à percevoir les ondes sonores.

M. Hartmann (de Berlin) lit un travail statistique sur la surdi-mutité.

M. Fournié fait une communication *sur la trompe d'Eustache.* Il présente deux trompes fraîches pour montrer l'existence de l'ouverture permanente de ces conduits et faire voir l'occlusion de ces canaux quand se produit un mouvement de déglutition.

M. Hartmann présente le *manomètre* avec lequel il a mesuré la pression que supporte le voile du palais dans la prononciation de certaines voyelles.

M. Joly (de Lyon) au nom de M. Lennox-Brown (de Londres) expose le résultat de ses recherches touchant l'utilité de l'audiphone de Colladon et de celui de Rhodes.

M. Knapp et M. Joly n'ont pas été plus heureux que M. Lennox-Brown.

II. — Section de Laryngologie. — Présidence du docteur Labus, organisateur du Congrès.

M. le Dr Fournié (de Paris), expose les caractères de la *voix eunukoïde.* Pour lui, quand le sujet atteint de voix eunukoïde émet un son, la glotte prend la forme d'un V, c'est-à-dire que les rubans vocaux se tendent sans fermer complètement la glotte.

M. Thaon (de Nice) fait connaître quatre formes d'*hystérie*

localisée au larynx : l'aphonie, le spasme laryngé, l'anesthésie et l'hypéresthésie.

M. Krishaber (de Paris) ne pratique pas la *trachéotomie dans le cas de spasmes de la glotte chez les hystériques.*

M. Gonguenheim (de Paris) rapporte plusieurs cas de mort survenus dans le cours de cette affection.

M. Lennox-Brown (de Londres) attribue, le plus souvent, l'hypertrophie de la glande thyroïde à un trouble de l'innervation vaso-motrice.

M. Massei (de Naples) donne la préférence aux *courants induits dans les paralysies des cordes vocales.*

M. Krishaber décrit son procédé de *laryngotomie*, au niveau de la membrane crico-thyroïdienne.

M. Ramon de la Sotta (de Séville) fait connaître le résultat de ses recherches, relatives à *l'influence du tabac sur la gorge.*

M. Massucci (de Naples) lit un travail sur le *spasme de la glotte* dû à la présence des polypes sous-glottiques.

M. Barèty (de Nice) étudie les *causes du faux croup* qui ne serait qu'une manifestation de l'adémopathie trachéo-bronchique aiguë.

M. Rosbach *extirpe les polypes* au moyen d'un bistouri qu'il introduit du dehors dans le larynx et dont il suit le mouvement avec le miroir laryngien.

M. Cappart (de Bruxelles) *enlève les amygdales* avec le bistouri et le galvano-cautère.

M. Schmidt (de Francfort) fait une communication sur le *traitement de la phthisie laryngée* par la méthode antiseptique.

M. Gonguenheim lit le résultat de ses observations sur les *plaques muqueuses du larynx*. Elles siègent surtout sur le bord libre de l'épiglotte.

M. Caselli (de Reggio-Émilia) présente une jeune fille chez laquelle il a *extirpé une partie de la base de la langue et de l'os hyoïde, le voile du palais, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, une partie de l'œsophage, le larynx et le corps thyroïde.* Cette personne porte une canule ; quand elle veut parler, elle introduit dans la bouche un appareil spécial.

M. Massei fait une communication sur les *maladies des ventricules de morgagni.*

M. Avira (de Madrid) lit un travail sur la *phthisie laryngée*.

M. Héring rapporte une observation de la *paralysie des muscles dilatateurs de la glotte ayant précédé une paralysie bulbaire*.

M. Moure (de Bordeaux) envoie un travail sur les kystes du larynx.

Le prochain Congrès se réunira à Paris en 1882.

Revue de Presse française

Lupus des fosses nasales. — Le malade dont il s'agit, couché au n° 18 de la salle Saint-Ferdinand à Lariboisière (service du Dr Duplay), est un homme âgé de trente ans, n'ayant dans ses antécédents morbides qu'un mal de Pott, s'étant terminé par une gibbosité anguleuse de la portion moyenne de la région dorsale.

Il fut pris cet hiver d'enchiffrènement progressif, sans sécrétion anormale, sans épistaxis.

En l'examinant, on constate d'abord un élargissement de la base du nez, et à un centimètre au-dessus de la sous-cloison, on voit de chaque côté des fosses nasales une petite tumeur saillante, mamelonnée, d'un rose jaunâtre; irrégulière, lobulée, implantée en partie sur la région cartilagineuse de la cloison. Elle ne saigne ni spontanément, ni sous la pression, son tissu est assez élastique, de plus elle est indolente. L'orifice des fosses nasales est sain. Deux ganglions assez volumineux indolents, occupent l'un la région sous-maxillaire du côté gauche, l'autre le dessous du menton. L'état général est bon.

La tumeur dont il s'agit a plutôt l'aspect bourgeonnant que rongeant, ce qui éloigne l'idée d'épithélioma. Cependant elle n'a pas le caractère d'exubérance et surtout la marche rapide du sarcome.

Quant à la syphilis, elle occupe de préférence le tissu osseux, le processus est destructif non hypertrophique; de plus, le malade n'a aucun antécédent spécifique.

Reste donc une scrofulide de la cloison du nez. Ce fait n'est point le premier, et cette affection a déjà été décrite par un auteur allemand, Röser, qui l'a désignée sous le nom de *Lupus des fosses nasales*. Cette affection peut ou rester limi-

tée et guérir, ou s'étendre et déterminer la mort, comme dans le cas cité par M. Bourrelier. (*Th.* de Paris, 1877).

Le traitement institué est d'abord une médication anti-syphilitique pendant quinze ou vingt jours, pour éloigner toute idée d'une manifestation spécifique; puis, les antiscrofuleux, huile de foie de morue, bains sulfureux; les bains de Barèges, l'habitation à la campagne; enfin on agira localement, en pratiquant l'abrasion des parties un peu exubérantes à l'aide d'un serre-nœud, et on touchera les parties sous jacentes avec l'acide chromique.

Du spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice, par le docteur Krishaber. — C'est surtout comme signe prémonitoire de l'ataxie, que le spasme de la glotte mérite de fixer l'attention des observateurs; les observations rapportées jusqu'à ce jour sont encore peu nombreuses, la première appartient à Cruveilher (XXXIIe livre, page 19); il s'agissait d'une femme de cinquante-six ans, observée à la Salpêtrière en 1825. Ce fait fut ensuite rapporté en 1862, par M. Bourdon et par M. Féréol. (De quelques symptômes viscéraux, et en particulier, des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive. — *In mém. de la Soc. des hôpit.*, t. V. p. 82), qui publia la première étude sur les accidents respiratoires de l'ataxie.

M. Charcot à son tour élargit ces données, et publia dans le *Progrès médical* (1879, nº 17) une de ses leçons sur le vertige laryngé.

M. Krishaber, après avoir rapporté en détail quatre observations, pense pouvoir conclure qu'il est bon d'admettre trois catégories d'accidents laryngés dans l'ataxie :

1º Quinte de toux convulsive, coqueluchoïde, ou plusieurs quintes se succédant rapidement et constituant un petit accès;

2º Accès de suffocation allant jusqu'à la perte de connaissance, pendant lequel surviennent quelquefois des mouvements épileptiformes;

3º Enfin, perte de connaissance, suppression de la respiration, affaiblissement des battements du cœur, le malade est en imminence d'asphyxie.

Le spasme peut exister seul, ou être accompagné d'une paralysie musculaire; plusieurs fois on a constaté une paralysie persistante d'un muscle (crico-aryténoïdien postérieur)

ou d'un groupe de muscles. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.* Novembre 1880, — n° 5).

De l'ignipuncture dans le traitement des affections des premières voies aériennes. — Le docteur Paul Kock, à l'exemple de M. Krishaber, qui a déjà publié un article sur ce sujet (mai 1880), pratique ces cautérisations à l'aide du thermo-cautère Paquelin, dans les cas de *cancroïdes labiaux* à une période peu avancée de l'affection; contre les *tumeurs fibreuses des gencives*, après avoir enlevé la majeure partie de la tumeur avec des ciseaux courbes. Il se sert encore de cet instrument pour traiter les *amygdales hypertrophiées*, lorsque leur volume n'est pas suffisant pour nécessiter la section à l'aide du tonsillotome; contre le *gonflement* et *l'œdème de la luette*. Enfin, c'est surtout dans la *pharyngite granuleuse* que le thermo-cautère rend de véritables services, on peut, en une seule séance : brûler trois ou quatre granulations, et rarement il a fallu plus de deux semaines pour ramener le pharynx le plus granuleux à un état plus ou moins normal. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.* novembre 1880, — n° 5).

Revue de la Presse étrangère.

Angine tonsillaire phlegmoneuse chez l'enfant.— Le Dr John J. Reid rapporte l'observation d'un garçon de sept mois, atteint d'une affection que l'on croyait de nature diphtéritique; la région sous-maxillaire du côté droit était tuméfiée, la gorge était rouge, sans fausses membranes; dans l'espace d'une semaine, les symptômes s'accentuèrent; l'enfant ne pouvait se nourrir, le gonflement du cou avait augmenté, la respiration était gênée.

L'examen révéla un gonflement du côté droit de la gorge, et de l'empâtement au toucher. Après l'incision, il s'écoula une assez grande quantité de pus, et l'enfant fut guéri un jour ou deux après (*Archiv. of laryngol.* New-York, 1880).

Des affections de l'oreille moyenne pendant la période secondaire de la syphilis. — Le Dr F. R. Sturgis rapporte trois cas, qui montrent la manière dont la syphilis secondaire atteint l'oreille moyenne. Le diagnostic sera établi par l'absence d'inflammation aigue, et l'état d'infiltra-

tion de la membrane du tympan. (*Méd. Record.* New-York, 16 octobre 1880, p. 437.)

Abcès probable du cerveau, survenu après et peut-être sous l'influence d'une otite moyenne aiguë, par le docteur Frank Allport. — Le malade est un homme de trente-quatre ans, qui ayant eu à subir pendant plusieurs heures l'action du froid, ressentit dans l'oreille gauche une vive douleur. A l'examen, le tympan apparut vivement congestionné : Saignée à la tempe gauche, quinine, aconit, fomentations chaudes, et instillation d'une solution d'atropine.

Le lendemain 5 avril, paracentèse du tympan dont la congestion a augmenté. Le 7, insufflation d'air dans la caisse, instillations astringentes ; le 18, tout est revenu à l'état normal.

Le 19 avril, le malade sort, contrairement à la prescription qui lui a été faite, et il éprouve bientôt une violente névralgie du côté gauche de la tête ; le tympan, qui est un peu congestionné, revient bientôt à son état normal. La semaine suivante le malade souffre par intervalle de sa névralgie, spécialement localisée aux maxillaires et atteignant parfois l'œil et la région occipitale.

Le 10 mai, le malade tomba à l'eau, et dans la nuit, il éprouva dans le côté gauche de la tête, une violente douleur s'étendant jusqu'à la région frontale. Malgré un traitement énergique, la douleur augmenta, le malade eut du délire, et le professeur Jewell de Chicago, appelé en consultation confirma le diagnostic de méningite. Depuis cette époque (12 mai) le patient fut sourd, et l'on put constater une paralysie de la face du côté gauche.

Le 16 mai, il se fit une expulsion abondante de pus jaunâtre par le nez, et le malade mourut quatre heures après dans le coma. L'autopsie ne put être faite, mais tout porte à croire qu'il s'est fait un abcès du cerveau (région frontale) s'étant ouvert dans le nez (*Améric. Journ. of otol.* New-York, n° 3, 1880.)

De quelques questions peu connues concernant le catarrhe du nez. — Le docteur Frank Bosworth a surtout pour but dans cette communication, d'établir d'une façon définitive : 1° ce qu'est le catarrhe nasal; 2° quelles sont ses tendances; 3° la manière de le traiter, et enfin 4° si on peut le guérir.

Sous la dénomination du *catarrhe nasal*, l'auteur comprend : le catarrhe naso-pharyngien, le catarrhe retro-nasal, le pharyngite chronique, le catarrhe retro-pharyngien, l'hypertrophie des glandes pharyngiennes, etc., etc., préférant l'ancienne dénomination qu'il trouve plus claire et plus complète.

Il passe ensuite en revue l'atonie de la muqueuse nasale, et décrit avec un soin tout particulier les divers instruments qu'il emploie pour examiner les fosses nasales (spéculum nasal de Burley), et surtout pour traiter cette affection. (*Méd. Rec.* New-York, novembre 6, 1880).

PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement des polypes du nez par les injections de chlorure de zinc. — Le docteur Ingels a employé avec succès les injections interstitielles faites avec une solution concentrée de chlorure de zinc dans les cas de polypes du nez, et même de polypes naso-pharyngiens. Il cite à l'appui trois cas de polypes fibreux traités avec succès à l'aide de cette nouvelle méthode (*The med. Rec.*, 16 oct. 1880, p. 433.)

Potion contre les angines inflammatoires et pultacées :

Chlorate de potasse	4 gram.
Sirop d'erysimum..................	40 »
Infusion de feuilles de coca	100 »

A prendre par cuillerée à bouche toutes les heures, en promenant un instant le liquide dans la bouche avant de l'avaler (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, oct. 1880).

Traitement de la laryngite tuberculeuse. — Lorsqu'il existe de la douleur et de la dysphagie, le docteur E. Fletcher Ingals recommande la mixture suivante en application locale (*The med. rec.* New-York, 18 sept. 1880, p. 335).

Sulfate de morphine.	0.20 cent.
Tanin en poudre...................	0.30 »
Acide phénique...................	4 gout.
Glycérine	30 gram.

De l'oxyde de zinc dans la phthisie laryngée. — Le docteur Samuel Johnson pour le traitement de la phthisie laryngée ulcéreuse, conseille de faire une ou deux fois toutes les 24 heures, des insufflations avec la poudre suivante, qui lui a donné des résultats bien préférables à ceux du tanin : (*Arch. of. laryngol.* New-York. vol. 1, n° 3, 30 sept. 1880) :

Iodoforme	3 gram.	50 cent.
Oxyde de zinc.	2 »	40 »
Sulfate de morphine	0 »	15 »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Presse française

Croup. — *Tubage du larynx.* — Guérison. — *Œdème de la glotte, Introduction de tubes trachéaux par la bouche, en place de la trachéotomie*, par le Dr MARCEWEN — *(Paris méd.* 28 octobre 1880, nº 74).

Traitement de l'ozène, par le Dr CH. BRAME (de Tours). — *(Jour. méd. de Bordeaux*, 24 octobre 1880, nº 13).

Corps étrangers de l'oreille, par M. de SAINT-GERMAIN. — *(Gaz. des Hôpit.*, 30 octobre 1880, nº 127).

Hémiglossite parenchimateuse gauche, terminée par suppuration, par le Dr G. GAUTIER. — *(Journ. de Méd. et de Chir. prat.* nov. 1880).

De l'angine couenneuse, par le Dr VIARD. — *(Gaz. des hôp.*, 11 nov. 1880, nº 131)

De la laryngite striduleuse ou faux croup, considérée comme un des symptômes de l'engorgement aigu des ganglions trachéo-bronchiques. par le Dr A. BARETY. — *(An. des mal. de l'or. et du larynx*, nov. 1880.)

Presse étrangère

SOMMAIRE DES ARCHIVES DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE.
NEW-YORK, vol. I, nº 3, 1880.

Extraction d'un polype de la trachée par les voies naturelles, par le Dr C. LABUS (p. 220). — *De la pharyngite sèche ou atrophique*, par le Dr SHURLY, (p. 228.) — *Quelques remarques pratiques sur l'emploi du laryngoscope chez l'enfant*, par le Dr G. LEFFERTS (p. 232). — *Remarques sur la valeur thérapeutique du repos dans le traitement des maladies du larynx*, par le Dr BEVERLEY-ROBINSON (p. 243). — *Anatomie normale et pathologique du larynx*, par le Dr CARL SCOLER (p. 256). — *Sur un cas d'abcès glosso-pharyngien terminé par la mort*, par le Dr MORRIS STROUD FRENCH (p. 273). *Adénome kystique de la base de la langue coïncidant avec un adénome retro-pharyngien et cervical*, par le Dr SOLIS COHEN (p. 274). — *Laryngite chronique occasionnée par un corps étranger de la base de la langue*, par le Dr CARL SEILER (p. 276).

SOMMAIRE DE L'AMÉRICAN JOURNAL OF OTOLOGY.
NEW-YORK, 1880. vol. II. nº 3.

Expériences relatives à l'audition par les deux oreilles, par le Dr A. GRAHAM-BELL (p. 169). — *De la menbrane du tympan et du téléphone*, par le Dr CLARENCE BLAKE (p. 180). — *Du traitement des suppurations de l'oreille moyenne*, par le Dr SPENCER (p. 184).

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER, 16, rue Cabirol.